

Chapitre 17 Item 235 – UE 8 – Palpitations

- I. **Définition et diagnostic**
 - II. **Diagnostic de gravité**
 - III. **Diagnostic étiologique**
 - IV. **Étiologies les plus fréquentes**
-
-
-

Objectifs pédagogiques

Nationaux

- Chez un sujet se plaignant de palpitations, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

CNEC

- Connaître la définition des palpitations.
- Savoir d'emblée identifier les signes de gravité liés au terrain ou à des signes d'accompagnement.
- Connaître la gravité immédiate liée au diagnostic de tachycardie ventriculaire.
- Comprendre la notion de corrélation électroclinique, les différents moyens d'enregistrement ECG disponibles pour l'obtenir.
- Connaître les principaux types de troubles du rythme générant des palpitations.
- Connaître les étiologies extracardiaques des extrasystoles et de la tachycardie sinusale.

- Savoir que dans la majorité des cas la tachycardie sinusale est un mécanisme adaptatif.
 - Connaître les causes psychiatriques des palpitations en diagnostic d'élimination et savoir quand les évoquer.
-
-

I Définition et diagnostic

A Définition

- Perception anormale de battements cardiaques normaux ou anormaux, décrite comme « le cœur se débattant » dans la poitrine.
- Sensation que le cœur bat trop fort, ou trop vite ou irrégulièrement.
- Parfois accompagnée des mêmes sensations latérocervicales le long des axes carotides.
- Trouble subjectif témoignant ou non d'une anomalie cardiaque.
- Souvent anxiogène.

B Diagnostic

C'est une notion d'interrogatoire, il faut en faire préciser :

- la durée : secondes, minutes, heures ;
- le caractère permanent ou au contraire paroxystique ;
- la survenue à l'effort ou au repos ;
- la fréquence ou la rareté ;
- la régularité ou l'irrégularité des sensations anormales.

Bien rechercher d'emblée d'autres symptômes qui *changeraient immédiatement la prise en charge*, c'est le cas devant :

- une douleur thoracique ;

- une perte de connaissance ou une syncope ;
- une dyspnée.

Cette distinction est cruciale pour dégager le degré d'urgence, mais en pratique elle n'est pas toujours simple, souvent les patients décrivent une oppression thoracique indéfinissable.

Il est souvent utile de faire mimer la perception en demandant au patient de tapoter avec son doigt sur le bord d'une table.

II Diagnostic de gravité

A Anamnèse alarmante

Il faut faire préciser rapidement :

- les antécédents personnels :
 - postinfarctus ou autre cardiopathie,
 - hypertension artérielle,
 - antécédents connus de trouble du rythme,
 - patient appareillé d'un stimulateur ou d'un défibrillateur,
 - prises médicamenteuses ;
- les antécédents familiaux :
 - surtout devant un enfant ou un adolescent,
 - mort subite du nourrisson ou avant 35 ans dans la famille oriente vers des arythmies de cause génétique (faire l'arbre généalogique).

B Signes cliniques de gravité

- Pouls > 150 bpm.
- Hypotension artérielle, signes d'hypoperfusion périphérique.
- Angor (parfois fonctionnel).

- Signes d'insuffisance cardiaque.
- Signes neurologiques (trouble de conscience).

C Électrocardiogramme

Urgence absolue si tachycardie régulière à QRS large, évocatrice de TV jusqu'à preuve du contraire +++, se préparer à réanimer.

Mise en évidence d'une autre anomalie ECG grave :

- anomalie de repolarisation faisant craindre un SCA, surtout si « gêne » thoracique, mais le tableau peut correspondre à un angor fonctionnel (surtout si FC > 200 bpm) ;
- bloc atrioventriculaire du second ou troisième degré (très rarement) ;
- tachycardie à QRS fins > 150 bpm surtout si signes cliniques de gravité.

Mais bien souvent l'ECG initial est normal.

III Diagnostic étiologique

A Principes

Il s'agit de :

- identifier une cardiopathie sous-jacente ou d'aboutir au diagnostic de palpitations sur cœur sain ;
- rechercher une cause extracardiaque éventuelle si l'état cardiovasculaire est normal ;
- effectuer une *corrélation électroclinique*, c'est-à-dire d'obtenir un ECG *concomitant* des palpitations.

B Moyens

- Interrogatoire et examen, notamment cardiovasculaire, complets :
 - prise d'excitants : alcool +++, tabac, café, cocaïne, amphétamines ;
 - prise de sympathomimétiques, d'hormones thyroïdiennes... ;

- signes de grossesse ;
- hyperthyroïdie ;
- fièvre +++ ;
- déshydratation ;
- signes en faveur d'un syndrome d'apnée du sommeil.
- Éléments d'orientation :
 - une crise polyurique finale évoque un trouble du rythme ;
 - début brutal et fin brutale, démarrage au changement brusque de position évoquent une tachycardie jonctionnelle.
- Rechercher des signes ECG de cardiopathie sous-jacente, hypertrophie ventriculaire gauche, bloc de branche gauche par exemple.
- Réalisation de tests biologiques de routine, ionogramme, NFS, alcoolémie, troponinémie, β -HCG, TSH notamment.
- Échocardiographie de bonne pratique.
- Test d'effort (ECG d'effort) dont l'intérêt est double en cas de doute sur un angor et pour documenter les palpitations si elles surviennent à l'effort.
- Autres examens en fonction du contexte ou de points d'appel.

C ECG percritique

- Rarement obtenu aux urgences ou à la consultation.
- Intérêt de la méthode de Holter si les palpitations surviennent fréquemment, cet enregistrement peut varier de 24 à 96 heures.
- ECG ambulatoire de longue durée (21 j) si palpitations peu fréquentes (> 1 fois/semaine), il peut être utile si une cause rythmique semble probable.

- Sur avis spécialisé, on peut discuter de la réalisation d'une étude électrophysiologique endocavitaire qui peut s'avérer à la fois diagnostique et thérapeutique si une arythmie accessible à une ablation par radiofréquence est identifiée.
- Sur avis spécialisé, on peut aussi discuter un moniteur ECG implantable (MEI) en sous-cutané (jusqu'à trois ans de monitoring).

IV Étiologies les plus fréquentes

Se reporter au chapitre 16 « Électrocardiogramme ».

A Extrasystoles

Elles peuvent être supraventriculaires ou ventriculaires.

Elles ne constituent pas un élément pathologique en elles-mêmes, mais sont un indice pour rechercher une cardiopathie sous-jacente ou une pathologie extracardiaque.

Isolées, elles peuvent expliquer les symptômes mais attention de s'assurer qu'elles ne masquent pas une arythmie plus grave (tachycardie ventriculaire par exemple).

Parmi les causes générales, on trouve :

- alcoolisation ;
- électrocution ;
- pneumopathies ou néoplasie bronchique ;
- hyperthyroïdie ;
- anomalie électrolytique ;
- anxiété, dépression ;
- grossesse ;
- syndrome d'apnée du sommeil.

Chez l'obèse ou le diabétique, *a fortiori* hypertendu, *se méfier d'une association extrasystoles et fibrillation atriales*, savoir répéter les enregistrements Holter chez ces patients dont la FA serait emboligène et dont le prochain symptôme pourrait être un accident vasculaire cérébral embolique.

B Tachycardie sinusale

Elle peut survenir sur cardiopathie, accompagnée de dyspnée au cours de l'insuffisance cardiaque, ou au cours d'une embolie pulmonaire, d'un épanchement péricardique... Dans tous ces cas elle est adaptative.

Elle peut être adaptative sur une pathologie extracardiaque :

- fièvre, sepsis ;
- anémie, hypovolémie ;
- hypoxie ;
- hyperthyroïdie ;
- grossesse ;
- alcoolisme ;
- hypotension artérielle, notamment iatrogène ;
- syndrome d'apnée du sommeil ;
- sevrage brutal en β -bloqueurs ;
- pathologie psychiatrique, sevrage alcoolique ;
- médicaments (sympathomimétiques, vasodilatateurs, atropiniques...).

Exceptionnellement, elle est isolée, on parle de tachycardie sinusale inappropriée.

C Troubles du rythme supraventriculaire

Cf. chapitre 14 « Fibrillation atriale ».

- Flutters ou tachycardie atriale.
- Patients dont le profil clinique est en général identique à celui de la fibrillation atriale.
- Tachycardie jonctionnelle (en France, il est d'usage de parler de maladie de Bouveret) :
 - sujet jeune (adolescent, adulte jeune) ;
 - cœur normal ;
 - palpitations avec parfois battements cervicaux ;
 - polyurie en fin d'accès qui est parfois très prolongé (quelques minutes à plusieurs heures) ;
 - arrêtée par manœuvre vagale ou injection d'adénosine (Krenosin®) ou d'adénosine-5'-triphosphorique (Striadyne®) ;
 - ECG de base soit normal soit révélateur d'une préexcitation ventriculaire (syndrome de Wolff-Parkinson-White) ;
 - diagnostic parfois porté grâce à une étude électrophysiologique endocavitaire.

D Troubles du rythme ventriculaire

Ils sont rarement rencontrés dans la problématique des palpitations mais plutôt dans celle des syncopes (voir le chapitre 13 « Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte »).

Ils concernent les TV non soutenues (< 30 secondes) ou soutenues.

En général sur cardiopathie (postinfarctus dans 80 % des cas), et les TV sont souvent accompagnées de signes de gravité (angor, collapsus, état de choc ou arrêt cardiaque).

Lorsque des palpitations sont révélatrices, il peut s'agir de TV sur cœur sain, dites TV idiopathiques, mais c'est un diagnostic d'élimination porté en milieu spécialisé.

E Névrose cardiaque

C'est un diagnostic d'élimination, parfois auto-entretenu par la prise en charge ou les consultations itératives, mais assez fréquent, lié à une crainte irraisonnée de mourir subitement.

Le diagnostic repose sur un ECG strictement normal au moment des palpitations, souvent obtenu grâce au monitoring de longue durée.

Savoir évoquer le diagnostic quand :

- les examens cliniques et paracliniques sont tous normaux ;
- il n'y a pas de pathologie extracardiaque identifiée ;
- le patient présente des signes de dépression ou d'anxiété.

Savoir stopper les investigations à visée cardiologique et *rassurer* le patient, ne pas tenir un langage inadapté, ne pas parler de spasmophilie, etc.

Avis psychiatrique souhaitable.

Points clés

- Perception anormale des battements cardiaques.
- Symptôme banal qui s'efface derrière un éventuel symptôme plus grave de type syncope, douleur thoracique ou dyspnée.
- Le premier objectif de la prise en charge est d'écarter des signes de gravité liés au terrain, à une mauvaise tolérance hémodynamique ou à l'enregistrement immédiat d'un trouble du rythme ventriculaire.
- L'urgence immédiate gérée, les deux objectifs suivants sont la recherche d'une cardiopathie ou d'une maladie extracardiaque et la documentation électrocardiographique.

- La documentation ECG simultanée des symptômes mène à la notion de corrélation électroclinique.
 - La corrélation électroclinique peut requérir dans un ordre de complexité croissante, ECG standard, Holter de 24–96 heures, monitoring ambulatoire de 21 jours, étude électrophysiologique endocavitaire et moniteur implantable.
 - Le diagnostic final peut se limiter à une tachycardie sinusale ou à des extrasystoles dont il faut connaître les causes extracardiaques.
 - Parmi les troubles du rythme responsables de palpitations, fibrillation et flutters atriaux sont les plus fréquents puis les tachycardies jonctionnelles.
 - Penser systématiquement à une éventuelle TV soutenue ou en salves mais dont ce n'est pas le mode de révélation usuel.
 - Parmi les causes classiques de tachycardie sinusale retenir grossesse, hyperthyroïdie, syndrome d'apnée du sommeil et alcoolisme.
 - En diagnostic d'élimination se souvenir des causes psychologiques ou psychiatriques parfois involontairement entretenues par les professionnels de santé eux-mêmes.
-

Pour en savoir plus

Josephson ME. STachyarythmies. In : Principes de médecine interne. Harrison, Ed. 16^e éd. Médecine Sciences Flammarion , 2006 ; pp 1342–58 chapitre 214.